Erlangen thesis - 1939

Diagnostische Schwierigkeiten bei Schizophrenie

⟨An Hand von 23 Gutachten an der Erlanger Psychiatrischen und Neurologischen Universitätsklinik Prof. Dr. Meggendorfer⟩

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität zu Erlangen

vorgelegt von

Konrad Schwarzkopf

aus Forchheim Ofr.

Approbiert am 1. September 1939

1 9 3 9

Buchdruckerei Otto Mauser, Forchheim Ofr., Klosterstr. 16½

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

1940 №63

Referent: Prof. Dr. Meggendorfer

Meiner lieben Mutter!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153708_0358

Durch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 wurde endlich die Grundlage geschaffen, die Zusammensetzung des Deutschen Volkes so zu gestalten, daß in einigen Jahrhunderten ein Teil der vielen Irrenanstalten in Deutschland verschwunden, daß ferner die biologische Zussmmensetzung der Erbmasse des Deutschen Volkes eine bedeutend günstigere sein wird.

Meine Arbeit soll sich im Wesentlichen mit der Anwendung bzw. Durchführung dieses Gesetzes befassen und zwar nur mit einer Unterabteilung der im Gesetz verankerten Erbkrankheit, nämlich der Schizophrenie.

Bevor ich auf die Anwendung des Gesetzes bei der Schizophronie eingehe, möchte ich kurz die Folgen streifen, die die Sterilisation für die Persönlichkeit des zu Sterilisierenden mit sich bringt.

Die ureigentliche Aufgabe jedes Lebewesens ist seine Fortpflanzung. Der Wille, seine Art zu erhalten, gilt naturgemäß in besonderem Maße für den Menschen. Schon seit Anbeginn der Menschheitsgeschichte bedeutet die Unfruchtbarkeit eine Minderwertigkeit. Besonders als Strafe wurde die künstlich bedingte Unfruchtbarkeit beim Manne schon im frühesten Altertum durchgeführt, um den Betreffenden als minderwertigen Menschen innerhalb der Gemeinschaft zu brandmarken. Es ist kein Zweifel, daß der Sterilisierte aus der Volksgemeinschaft, als der Trägerin der Zukunft des Volkes, verstoßen ist. Diese Härte veranlaßte den Gesetzgeber dieses Gesetzes — das nicht als Strafmaßnahme für den zu Sterilisierenden, sondern als Schutzmaßnahme dem Volksganzen gegenüber zu betrachten ist — die unbedingte Schweigepflicht aller am Verfahren Beteiligten aufzuerlegen. Daß der Sterilisierte in Wirklichkeit für die Zukunft seines Volkes nichts mehr bedeutet, ändert nichts daran, daß jenes Gesetz für die Gesunderhaltung unseres Volkes unerläßlich war.

Mit diesen Ausführungen will ich darlegen, wie tief dieser Eingriff die Persönlichkeit des von dieser Maßnahme betroffenen und dessen Stellung zum Volk umwandelt. Da der Gesetzgeber diese Folgen genau kannte, verlangt er im Gesetz ausdrücklich, daß nur der sterilisiert werden darf, bei dem die Diagnose einer im

Sterilisationsgesetz aufgezählten Erbbrankheiten einwandfrei sichergestellt ist. Dadurch, daß der Gesetzgeber eindeutig das Vorliegen der vollausgebildeten Krankheit verlangt, ist die Gewähr gegeben, daß die Sterilisation im Einzelfalle auch richtig angewandt wird. Ist jedoch der zu Sterilisierende der Meinung, daß sein Krankheitsbild nicht einwandfrei geklärt ist, so besteht für ihn die Möglichkeit Beschwerde einzulegen. In diesen Fällen wird das Erbgesundheitsgericht, sofern der Antrag begründet ist, ihr stattgeben und gleichzeitig ein Gutachten bzw. Obergutachten von einem Psychiater anfordern. Wie wichtig ein solches Gutachten für den zu Sterilisierenden sein kann, geht aus Folgendem hervor: An der Erlanger Psychiatrischen und Neurologischen Universitätsklinik kamen bisher 23 Fälle zur Begutachtung, bei denen die Diagnose Schizophrenie vom Amtsarzt gestellt worden war, der Psychiater jedoch lehnte diese Diagnose ab. In 22 Fällen davon schloß sich das Erbgesundheitsgericht der Diagnose des Gutachters an und nur in 1 Falle wurde das Gutachten vom Gericht abgelehnt, in diesem einen Fall stellte der Gutachter die Diagnose „Manisch-depressives Irresein" einer Krankheit, die ebenfalls unter das Gesetz fällt.

Aus dieser Tatsache geht hervor, welch ungeheuere Verantwortung auf den Schultern des Arztes liegt, der mit der Stellung der Diagnose beauftragt ist.

Im Folgenden werden die einzelnen Gutachten stark gekürzt wiedergegeben, um zu zeigen, unter welche Diagnose die einzelnen Fälle, die als Schizophrenie galten, vom Gutachter gebracht wurden. Diese Gutachten streifen fast alle differenzialdiagnostischen Gesichtspunkte, die bei der Schizophrenie in Frage kommen. Alle Personen, auf die sich die Gutachten beziehen, haben bzw. hatten einen psychischen Defekt. Die richtige Einreihung dieser psychisch irgendwie anormalen Menschen erbrachten folgendes Bild: Ein Teil fällt unter die Diagnose Pubertätspsychose. Eine große Anzahl gehört dem Krankheitsbild der Psychopathie an, die sich in Reaktive-Verstimmung, Exogene Psychose und Neurose untergliedert. Ferner sind die psychischen Veränderungen auf schwere Sinnesorganstörungen zurückzuführen. Auch die Diagnose Manisch-Depressives Irresein muß in einigen Fällen gestellt werden.

Pubertätspsychose.

Die Entwicklung des Kindes zum vollausgereiften und voll-entwickelten Menschen bezieht sich nicht bloß auf das rein Körperliche. Mit der körperlich sexuellen Umwandlung tritt auch eine psychische Veränderung auf, von der kein Mensch verschont bleibt. Verschieden nur ist, wie der einzelne mit seiner Umwandlung fertig wird, d. h. wie er das veränderte Ich in die nicht veränderte Umwelt einbaut.

Hier nun begegnen wir vielen Jugendlichen, die während ihrer Pubertät irgendwie auffallen. Entweder sie sind überempfindsam, sentimental, reizbar und leicht verwundbar. Andere wieder haben eine Liebhaberei für Abstraktes bei durchaus unzureichender gedanklicher Klarheit. Nach Ewald sind dies meist nur vorübergehende Erscheinungen, die wohl an die reiche Symptomatik der Schizophrenie erinnern. Geschieht diese Umstellung der Mitwelt gegenüber ganz urplötzlich ohne jeden Uebergang, so wird man den schleichenden Beginn einer Schizophrenie annehmen dürfen. Nach Betzendahl besteht ebenfalls die Möglichkeit, daß eine momentane psychische Störung durch die Entwicklung bedingt sein kann und deshalb nur einen vorübergehenden Charakter in sich trägt. Betzendahl sagt: „Bei den anderen Fällen sind es die Vorgänge von Wachstum und Reifung, welche bei einer Disharmonie vorübergehend dann auch Aufbau und Gleichgewicht im Psychischen beeinträchtigen können." Wichtig für die Diagnose Schizophrenie ist der Defekt der Persönlichkeit, der sogenannte Knik, der in irgend einer Form in der Psyche des betreffenden vorhandenen sein muß. Mag die Schizophrenie noch so als ausgeheilt betrachtet werden, eine Verschrobenheit der Persönlichkeit und sei sie nur sehr gering, bleibt zeitlebens erhalten. Der Wiener Psychiater Pilcz sieht ebenfalls differenzialdiagnostische Schwierigkeiten bei jugendlichen Psychopathen zur Pubertätzeit. Die Erscheinungen der Flegel- und Backfischjahre können bei den jugendlichen Psychopathen derart gesteigert sein, daß der Verdacht auf beginnende Schizophrenie nahe liegt. In diesem Zusammenhang sagt Pilcz: „Gerade auf den Nachweis der so früh einsetzenden Affektstumpfheit bzw. Dissoziation ist besonders zu achten, auf den meist unverkennbaren Autismus, auf das gezwungene, unfreie Auftreten, um die Diagnose sicherzustellen."

In den folgenden 4 Gutachten, in welchen die Diagnose Pubertätspsychose gestellt wurde, konnte bei keinem ein noch vorhan-

dener Defekt während der Beobachtungszeit nachgewiesen werden. Drei davon mühen bzw. quälen sich mit sexuell-religiösen Problemen ab, wodurch sie der Mitwelt psychisch auffallend erscheinen. Daß sie aber dennoch mit dem inneren Zwiespalt fertig wurden, beweist ihr späteres Leben.

Fall 1.

A. fiel mit 12 Jahren durch seine über das Maß hinausgehenden Jungenstreichen auf. Wegen Verdacht auf Geisteskrankheit wurde er deshalb in eine psychiatrische Klinik gebracht. Hier bekam er starke Zuckungen, die an Chorea minor denken ließen. Diese Erscheinungen verschwanden jedoch rasch wieder. Nach kurzer Zeit wurde er entlassen. 2 Jahre später finden wir ihn in der psych. Klinik in Gießen, wo man hypnagoge Halluzinationen feststellte, die auch bei vollkommen gesunden Menschen vorkommen können. Die Depressionen, an denen er zu dieser Zeit litt, scheinen nicht sehr tief gegangen zu sein, da er zu gleicher Zeit, als er seinem Vater schrieb, daß es ihm zum Sterben zu Mute sei, durch sein übertriebenes Vergnügtsein auffiel. In Gießen wurde die Diagnose: „Pubertätspsychose, beginnende Hebephrenie" gestellt. In hiesiger Klinik wurde A. untersucht und beobachtet. Es wurden keinerlei Defekterscheinungen festgestellt. In affektiver Hinsicht war mit ihm ein guter Konnex möglich. Während der 14 Jahren, die seit der fraglichen Erkrankung verflossen sind, bewährte er sich gut im Leben. Nach der Entlassung aus der Giessener Anstalt fing er trotz seiner 19 Jahre noch als Maurerlehrling an und galt als ein sehr geschätzter Arbeiter.

Welche Erkrankung damals vorgelegen, ist heute schwer zu entscheiden. Sehr wahrscheinlich lag die Erkrankung in der stürmisch verlaufenen Pubertät.

Fall 2.

B. war im Alter von 16–19 Jahren psychisch auffällig. War er auf der einen Seite störrisch, war er anderen gegenüber zu weich und anschmiegsam. In seiner Arbeit war er sehr unbeständig und lebte zeitweise zurückgezogen. Gegen Eltern und Mitschüler konnte er bisweilen roh und brutal sein. B. war im September und Oktober je 8 Tage verwirrt. Dies wurde in einer auswärtigen Pflegeanstalt als schizophrener Schub aufgefaßt. Seit 6 Jahren jedoch traten kein

abnormen psychischen Erscheinungen mehr auf. Er machte das Abitur und studierte, nachdem bei den psychiatrischen Untersuchungen in den Jahren 1931 und 1932 nichts Auffälliges festgestellt wurde, Theologie.

Was war nun sein damaliger Zustand? Nach der Krankengeschichte der Pflegeanstalt soll er grimmassiert haben, soll zerfahren und ablehnend gegen die Eltern gewesen sein. Diese Symptome lassen einen schizophrenen Schub vermuten, aber nachgewiesen ist er nicht. Die Anfangserscheinungen können, da sie gleichzeitig mit der Pubertät zusammenfallen, als Pubertätserscheinungen aufgefaßt werden. Die Beschäftigung mit religiösen und sexuellen Dingen, mit denen er sich herumschlagen mußte, das Verhalten den Eltern gegenüber, das zeitweise Zurückgezogensein, dann noch die ersten Liebesenttäuschungen, die er während hiesiger Beobachtung näher schilderte, ferner sein labiles Kreislaufsystem, bedingt durch das rasche Wachstum, dies alles läßt doch vermuten, daß die damaligen Störungen mit der Entwicklung zusammenhängende Erscheinungen gewesen sind.

Fall 3.

C. machte im Alter von 16 Jahren eine eigenartige, kurzdauernde psychische Störung durch. Während dieser Erkrankung wurde er in die Heil- und Pflegeanstalt St. Getreu in Bamberg eingeliefert. Er wollte von seiner Umgebung nichts mehr wissen, wollte ganz und gar selbständig sein und beschimpfte seine Umgebung. Ferner litt er an religiösen Wahnideen. So sagte er u. a. als er in die Anstalt St. Getreu eingeliefert wurde: „Daß ich in der Geisterwelt bin, ist sicher, das Ende der Welt kommt". Die Diagnose lautete: Verdacht auf Schizophrenie. Nach 8 Wochen wurde er als gebessert entlassen mit einer Bemerkung in der Krankengeschichte, die den Namen Heilung rechtfertigen würde. Als er bei der hiesigen Beobachtung nach seinem damaligen Zustand gefragt wurde, sagte er: „Ich habe eine innere Stimme, eine Gefühlsstimme gehört, was die gesagt hat, weiß ich nicht mehr".

Aus dieser Aeußerung geht hervor, daß sein Zustand den Eindruck des Traumhaften, eines Dämmerzustandes erweckt. Dieses traumhafte Erleben spricht gegen die Annahme einer Schizophrenie: ebenso sprechen das rasche Abklingen, das völlige Verschwinden aller schizophrenen Krankheitssymptome, seine erfolgreiche Betätigung

im väterlichen Betrieb und schließlich sein jetziges freies, natürliches Wesen gegen die Annahme eines schizophrenen Schubes.

Die damalige Erkrankung läßt mit großer Wahrscheinlichkeit den Gedanken zu, daß es sich um eine Pubertätskrise gehandelt hat, zumal er heute keinerlei Defekterscheinungen aufweist.

Fall 4.

D. erkrankte im Alter von 26 Jahren an psychischen Veränderungen. Er äußerte immerte wieder die Befürchtung, er könne nicht getauft sein, war aufgeregt und schlaflos, verweigerte die Nahrungsaufnahme, war ängstlich und lachte gleichzeitig. Die psychotischen Erscheinungen waren im großen und ganzen nicht sehr ausgeprägt und nur von kurzer Dauer. In der Anstalt, wo D. sich seit seiner Veränderung befand, wurde ihm der Rat erteilt dieselbe zu verlassen und zu arbeiten. Dennoch lautete die Diagnose: Dementia präcox hebephrenica.

Da nun seit dieser Zeit bei ihm kein Persönlichkeitszerfall eingetreten und auch sonst in seinem Wesen keinerlei Verschrobenheit zu bemerken ist, scheint die Diagnose Schizophrenie etwas zweifelhaft. D. hat in jener Zeit, die man noch zur ausklingenden Pubertät rechnen darf, in einem gewissen Konflikt zwischen Sexualnot und religiöser Einstellung gestanden. Seine damalige Meinung, er könnte nicht getauft sein, erklärte er bei der Untersuchung damit, daß man ihn, da er ein sehr schwächliches Kind gewesen sei, nur notgetauft habe. Man kann wohl auf eine situationsbedingte Störung der Psyche während der ausklingenden Pubertät schließen.

In diesen 4 Fällen zeugen die Tatsachen der kurzen Dauer der Erkrankung, des völligen Verschwindens der Symtome, des Fehlens jeglichen „Knicks", sowie der Bewährung im späteren Leben gegen die Annahme einer Schizophrenie, jedoch für die Annahme einer Pubertätspsychose.

Psychopathie.

Das umfangreichste Kapitel der Differrenzialdiagnose der Schizophrenie stellt ohne Zweifel die Psychopathie. Weitaus der größte Teil der Gutachten gehört in dieses Gebiet. Es ist oft sehr schwer, einen voll entwickelten Psychopathen von einem Schizophrenen, der im Anfangsstadium der Psychose steht, klar zu scheiden. Auch gilt, was ich bei der Pubertätspsychose gesagt habe, daß das Entscheidende bei der Schizophrenie die Veränderung der Persönlichkeit, der sogenannte Defekt oder Knick der Persönlichkeit, ist. Birnbaum

sagt sehr treffend: „Die Psychose spielt sich im wesentlichen Umfang n jenem biophysischem System ab, der mit dem Ausdruck der Persönlichkeit zusammengefaßt wird. Sie greift in dieses mehr oder weniger ein und nimmt die ihm zugehörige Apparatur und das von ihm gegebene Material für ihren abweichenden psychischen Funktionsablauf in Anspruch. Schon deshalb müssen daher Bestandteile der Persönlichkeit in den Aufbau der Störung miteingehen". Wie schwer aber trotz dieser Erkenntnisse die Diagnose der Schizophrenie sein kann, darauf weist Kraepelin in Folgendem hin: „Da selbst ausgeprägte klinische Zeichen nicht immer mit Sicherheit den Schluß auf das Bestehen des bestimmten Krankheitsvorganges gestatten, werden wir wohl nur ganz ausnahmsweise die persönlichen Eigenschaften kennzeichnend genug finden, um in ihnen die untrüglichen Spuren einer im Entstehen erstickten Dementia praecox zu entdecken".

An Hand von Definitionen einiger Psychiater versuche ich den Begriff der Psychopathie in Kürze zu deuten.

Nach Schröder sind Psychopathen Menschen, die gegenüber dem Durchschnitt ein Mehr oder Weniger besitzen an Eigengehalt, an Liebesfähigkeit, an Geltungsbestreben, Temperament und Ansprechbarkeit, und zwar in bunter Mischung, bald vorwiegend nur von einer, bald von mehreren.

Den Unterschied zwischen Psychopathie und Schizophrenie kann man nach Bleuler folgendermaßen kennzeichnen: „Die Psychopathie ist die quantitative Steigerung des Normalen, während Schizophrenie eine qualitative Aenderung der Norm bedeutet." Was unter qualitativer Aenderung zu verstehen ist, sagt Kurt Schneider mit Folgendem: „Zum Begriff der Entwicklung einer Persönlichkeit gehört ein verständliches Werden. Dies ist anders bei der Psychose, insbesondere beim schizophrenen Prozeß. Hier tritt etwas der Persönlichkeit Fremdes, etwas Neues, etwas nicht mehr verstehend Ableitbares auf, das die Persönlichkeit in ihrer normalen Entwicklungskurve entweder nur umbiegen oder sie völlig verändern, ja zerstören kann."

Nun noch die kurze Definition durch K. Schneider: Psychopathen sind Menschen, die entweder an ihrer eigenen Abnormität leiden, oder unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet.

Da die Psychopathie die Steigerung der Norm bedeutet, könnte im Grunde genommen jeder Mensch Psychopath werden, vor allem,

wenn wir berücksichtigen, daß nach Bleuler bei jedem Normalen in unterschiedlichem Verhältnis etwas Schiziodes auffindbar ist. Auch Bumke hält die schizoiden Züge für normale Eigenschaften der menschlichen Seele. Dennoch dürfen wir nicht jeden Menschen, soweit er vollständig normal ist, verdächtigen, daß er eines schönen Tages Psychopath werden kann. Zur Steigerung der Norm gehört vor allen anderen Dingen die Fähigkeit dazu, das Normale so zu steigern, daß es psychopathisch wird. Diese Fähigkeit ist anlagebedingt.

Es ist vor allem Kretschmers Verdienst darauf hingewiesen zu haben, daß die Anlage bzw. die Vererblichkeit bei den Psychopathen eine große Rolle spielt. Er machte darauf aufmerksam, daß gerade in den Familien, in denen Fälle von Psychosen auftraten (Man. Depr. Irresein und Schizophrenie), die Psychopathie am häufigsten vorkommt. Von dieser Erkenntnis durchdrungen formte Kretschmer die schizoiden bzw. cycloiden Typen, die eine Steigerung der von ihm benannten schizothymen bzw. cyclothymen Normalmenschen bedeuten, je nachdem der Mensch auf Grund seiner Charaktereigenschaften mehr dem schizoiden oder dem cycloiden Formenkreis angehört. Das Gemütsleben des cycloiden Typs ist besonders ansprechbar und miterlebend, im Gegensatz dazu steht die unüberwindliche Kälte des schizoiden Types. Diese Ausführungen zeigen uns, daß die Psychopathie die quantitative Steigerung des menschlichen Seelenlebens bedeutet und oft erst durch irgend einen äußeren Anstoß zur Entfaltung kommt.

Kurz komme ich noch auf den Wert der psychopathischen Persönlichkeiten. Es ist nicht so, wie vielfach angenommen wird, daß diese Menschen für das Volksganze stets eine Belastung darstellen. Im Gegenteil, es ist eine Tatsache, daß gerade Künstler oder Forscher und Wissenschafiler vielfach psychopathische Züge tragen. Kurt Schneider nennt diese Art von Menschen sehr treffend „das Salz der Erde."

Die nun folgenden stark gekürzten Gutachten gehören alle mehr oder weniger in die große Gruppe der Psychopathie.

Fall 1.

A. kam wegen Schwächegefühls in eine medizinische Klinik Da er einen schläfrigen, müden und uninteressierten Eindruck machte, wurde er wegen Verdachts auf Schizophrenie in die

Nervenklinik verlegt. Nach 3 Wochen wurde er mit der Diagnose Schizophrenie gebessert nach Hause entlassen. 2 Jahre später kam er wieder in die medizinische Klinik wegen Magenbeschwerden. 14 Tage später wurde er beschwerdefrei entlassen. In einem vertrauensärztlichen Gutachten wurde bei ihm wegen nervösen Beschwerden, Zerfahrenheit, Vergeßlichkeit, Kopfschmerzen und körperlichen Erschöpfungsgefühl die Diagnose Schizophrenie gestellt. Der Amtsarzt stellte den Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen derselben Diagnose. Dagegen erhob A. Beschwerde mit der Begründung, daß er durch die Behandlung eines Homöopathen wieder vollkommen gesund worden sei. Die damaligen Erscheinungen seien durch Ueberarbeitung auf einem landwirschaftlichen Gut hervorgerufen worden. — Bei der hiesigen Untersuchung war A. klar und besonnen, über Ort, Zeit und nähere Umstände orientiert. Es konnte keine Störung des Gedankenganges festgestellt werden, er war weder zerfahren noch ideenflüchtig. A. neigte dazu, seine früheren Beschwerden zu bagatellisieren, alles wäre nur ein wenig Ermüdung oder Uebertreibung oder Verstellung gewesen. Er war auch leicht überheblich und von sich eingenommen, er glaubte, er sei der gesündeste Mensch, hätte als Verkäufer landwirtschaftlicher Geräte bedeutendes geleistet. Vom Ausgang, der ihm hier in der Klinik gewährt wurde, kehrte er ganz begeistert zurück. Er habe sogleich Anschluß gefunden und wußte von Stadtneuigkeiten zu berichten. Machte A. bei seinen früheren Erkrankungen einen müden, schläfrigen und leeren Eindruck, so war er bei der hiesigen Beobachtung aufgeschlossen, keineswegs schlaff und leer, sondern energisch und ideenreich. Er bot im Gegensatz zu früherer nichts Zerfahrenes, sein Gedankengang war geordnet.

Bei seiner gehobenen Stimmung, seinem Gefühl unverwüstlicher Gesundheit, seiner Anschlußbereitschaft und Betriebsamkeit, verbunden mit innerer Unruhe, könnte man an leichte Hypomanie denken. Es gibt erregbare Psychopathen, die anläßlich einer Beobachtung in eine gewisse nervöse Erregung kommen und dann ein ähnliches Bild bieten. Bei A. wurde Schizophrenie abgelehnt, da keine Auflösung der Persönlichkeit zu erkennen war, die die Diagnose Schizophrenie rechtfertigen würde.

Fall 2.

B. stammte aus einer psychisch belasteten Familie: sein Vater starb an Rückenmarksschwindsucht, seine Mutter war öfters

in der Nervenklinik wegen Nervenzusammenbruchs; Großmutter mütterlicherseit war immer sehr leicht reizbar und erregt. Er selbst war Trinker. Seit seiner Verheiratung war er auffällig, zeigte bei der Ehescheidungsverhandlung heftige Erregungszustände, machte einen Selbstmordversuch, wobei er sich nur oberflächliche Verwundungen beibrachte. Er war zerfahren, verworren und litt ferner an Beziehungsideen. Im Krankenhaus auf der psychiatrischen Abteilung wurde die Diagnose Schizophrenie gestellt. A. wurde in hiesiger Klinik beobachtet. Er zeigte sich in den ersten Wochen seines Aufenthaltes äußerst empfindlich, war sehr leicht erregbar und gereizt, schimpfte gegen seine Frau, gegen gie Rechtsanwälte und Aerzte vom Krankenhaus. Ueber Ort und Zeit war er immer gut orientiert, fiel nie durch unsinnige Handlungen auf, war selbst in psychischer Erregung in seinen Gedankengängen nie ausgesprochen zerfahren oder zusammenhanglos, wohl manchmal sprunghaft, im allgemeinen war er immer einfühlbar. Während seines Aufenthaltes konnten nie die geringsten Anhaltspunkte für das Vorliegen von Halluzinationen oder Sinnestäuschungen, keine Anzeichen von Wahnvorstellungen oder dgl. gefunden werden.

Wenn B. auch unter Wahnideen im Krankenhaus gestanden hat, wenn er erregt gewesen und dann wieder verschlossen und abwesend war, so reichen diese Symptome nicht aus um mit Sicherheit die Diagnose Schizophrenie zu stellen. Es ist zu bedenken, daß B. durch die Scheidungsklage wirklich innerlich sehr viel erlebt hat, was ihn bei seiner schon vorhandenen Reizbarkeit äußerst stark in „die Höhe gehen ließ". Ferner ist zu berücksichtigen, daß B. in seiner geistigen Persönlichkeit nicht zerfallen ist. Es handelt sich hier um einen labilen Psychopathen.

Fall 3.

C. wurde in einem auswärtigen Krankenhaus von der Hautabteilung auf die psychiatrische Abteilung wegen überspannten Gebarens. verlegt. Sie verkannte Personen, brachte zerfahrene Redensarten vor, war in ihrem Affekt sehr labil. Die Diagnose lautete „Verdacht auf Schizophrenie" mit hysterischen Zügen". Vom Amtsarzt wurde Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt, vom Erbgesundheitsgericht wurde klinische Beobachtung für notwendig erachtet. C. war in hiesiger Klinik 8 Tage lang zur Beobachtung. In ihrer Familie waren angeblich Geisteskrankheiten nicht vorgekommen. Sie stammte

aus guten Verhältnissen, versank aber bald in den Großstadtsumpf. Bevor sie in die Großstadt kam, hatte sie schon mehrere Verhältnisse, teils mit Sommergästen, teils mit Studenten. – Zu Beginn der Beobachtung vermutete sie hinter jedem Wort und jeder Bewegung eine Falle, sie war deshalb immer zur Abwehr bereit. Nach wenigen Tagen wurde sie freier, wirkte nicht mehr exaltiert und affektiert. Nach ihrem Arbeitsgebiet gefragt, gab sie an, daß sie in iher Stellung als Propagandistin einer Möbelfabrik ganz gut verdient hätte. Während der Untersuchung konnten keine Zeichen einer Schizophrenie gefunden werden, keine Zerfahrenheit, keine Sinnestäuschungen, keine geistige intelektuelle Schwäche und keine gemütliche Abstumpfung. Die anfängliche Sperrung wich bald einem gemütlichen Konnex. – Die Tatsache, daß die Persönlichkeit in keiner Weise psychisch verändert ist und daß ferner die wirtschaftlichen Erfolge von Frl. C. bis zuletzt von ihrem Arbeitgeber bestätigt wurden, sprechen eindeutig gegen die Annahme einer Schizophrenie.

Fall 4.

D. machte eine ordnungsgemäße Lehrzeit durch, wechselte darnach häufig seinen Arbeitsplatz, soll auch aus dem Arbeitsdienst entwichen sein. Vom letzten Arbeitgeber wurde er als geistesgestört bezeichnet. Er konnte sich nämlich als Ausfahrer keinen Straßennamen merken. Vom Amtsarzt wurde Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen Verdachts auf Schizophrenie gestellt. Die hiesige klinische Untersuchung und Beobachtung ergab keinen Anhaltspunkt für eine syphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems, an die gedacht werden mußte. In psychischer Hinsicht war D. während der jetzigen klinischen Beobachtung ohne Zweifel auffällig. Er machte zunächst einen sinnlosen Fluchtversuch aus der Anstalt, war dann auffällig verschlossen und steif, auffektarm und etwas starr im mimischen Ausdruck. Seine intulektuellen Fähigkeiten waren jedoch nicht herabgesetzt, ferner konnte eine ausgesprochene Denkstörung niemals beobachtet werden. Auf affektiven Gebiet bestand keine übertriebene Reizbarkeit. Er hatte auch den Kontakt mit der Wirklichkeit nicht verloren.

Die vorhandenen Symptome sind nicht ausreichend um mit Sicherheit die Diagnose Schizophrenie stellen zu können. Vor allem fehlt bei D. das Prozeßhafte der Schizophrenie-Erkrankung. Man kann D. als schizoiden Psychopathen bezeichnen.

Fall 5.

E. war im Wald beim Holzmachen beschäftigt. Er wollte mittags nach Hause, blieb aber ohne zu arbeiten im Wald und lief ziel- und planlos umher. Nach seinen Angaben habe er das Gefühl gehabt, daß er etwas anstellen müßte, er glaubte, er müßte seinem Bauern nachlaufen. Der ihn untersuchende Arzt überwies ihn der Nervenklinik wegen Verdacht auf Schizophrenie. Dort wurde wegen Verdachts auf Schizophrenie Anzeige erstattet. Bei der psychischen Untersuchung in hiesiger Klinik bot er keinerlei Anhaltspunkte für Sinnestäuschungen, er war klar und besonnen, zugänglich und freudlich. Auch während der weiteren 3 Wochen, die er hier zur Beobachtung war, bot er keinerlei Zeichen einer schizophrenen Erkrankung.

Obwohl E. sich nicht ganz im seelischen Gleichgewicht befindet, genügen die Erscheinungen, die er bot, nicht, um einwandfrei die Diagnose Schizophrenie zu stellen. Es kann sich bei ihm nur um eine Störung auf psychopatischer Grundlage handeln, etwa um eine Angst- oder Zwangsneurose.

Fall 6.

F. wurde wegen Nervenleidens, nachdem er kurz vorher einen schweren Unfall erlitten hatte, in eine Nervenklinik gebracht, dort aber wurde er bereits nach 3 Tagen entlassen. Einige Zeit darauf kam er ein zweitesmal in die Nervenklinik und blieb ein halbes Jahr, dann kam er in eine Heil- und Pflegeanstalt auf ein weiteres halbes Jahr. Es wurde Anzeige wegen Schizophrenie erstattet. In hiesiger Beobachtung wurde festgestellt, daß F. zunächst sehr abweisend war, er konnte sich angeblich an nichts mehr erinnern, schnitt pseudodemente Grimmassen. Später war er zugänglicher, er war zeitlich, örtlich und über Personen gleichgut orientiert. Gleich bei der Einlieferung sagte er, er sei geisteskrank. Er glaubte daß er nach dem Unfall, den er seinerzeit erlitten hatte, die Stimme seines Onkels gehört habe. Beim Befragen, was denn die Stimme gesagt habe, wich er aus. Während der hiesigen Beobachtung war er nicht autistisch und ablehnend, sondern affektiv gut ansprechbar.

In diesem Falle kann nichts festgestellt werden, was für irgend einen organisch-psychischen Prozeß spräche. Die Diagnose Schizophrenie der Klinik kann nicht übernommen werden, da

der Kranke sein Leiden, übrigens auch seine angeblich geistige Störung, außerordentlich stark zur Schau trägt. Es handelt sich hier um einen schwachsinnigen Psychopathen mit pseudomenten und neurotischen Reaktionen. Gegen die Schizophrenie spricht auch das Fehlen eines Knickes in der Persönlichkeit von F.

Fall 7.

G. wurde in ein Krankenhaus auf die psychiatrische Abteilung gebracht, da er seit 4 Tagen plötzlich sehr auffällig geworden war. Am Tage der Einweisung war er ganz verwirrt, glaubte sich von der Polizei verfolgt, wollte die ganze Welt erlösen in Form von Predigten, verweigerte die Nahrungsaufnahme und war pathetisch gespreizt und verkannte Personen. Nach $2^1/_2$ Monaten wurde in der Krankengeschichte vermerkt, daß er in geordneter Weise über den Beginn der Erkrankung erzählt. Der Reichstagsbrand habe ihn wahnsinnig aufgeregt, während der Nacht habe er das Bild Mussolinis bei offenen Augen gesehen. Am nächsten Tag habe er plötzlich seine verstorbene Mutter im Türrahmen stehen sehen und plötzlich habe er sich wieder im Krankenhaus befunden. Nach einem weiteren Monat wurde er als geordnet angesehen. Er machte sich viel Sorge um seinen Vater und um sein durch die Krankheit verschobenes Assessorexamen. Es wurde die Diagnose „Schizophrenie" gestellt. Nach 14 Tagen besuchte ihn der Fürsorgearzt und bemerkte: G. habe eine gute Kretik, sei in Sprache und Benehmen sicher und biete zur Zeit nichts Schizophrenes. Nach mehrmonatiger Vorbereitungszeit bestand er sein Assorenexamen. Ein Jahr später wurde vom Amtsarzt Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt. Etwas Belastendes war in seiner Familie nicht bekannt. Beim Gericht reichte er selbst einen großen Schriftsatz ein, worin er den plötzlichen Tod seiner Mutter, die er sehr verehrte, den politischen Umschwung und die Examenpsychose für seine damalige psychische Erkrankung verantwortlich machte.

Bei der Untersuchung in hiesiger Klinik, gab G. an, daß er, mit Ausnahme einiger Visionen, die er noch ganz genau zu schildern vermochte, an nichts mehr sich entsinnen konnte. Trotz stationärer und wiederholter ambulanter Untersuchungen konnte bei G. keinerlei Persönlichkeitszerfall erkannt werden, auch nicht eine Spur leisester Verschrobenheit wurde bei ihm festgestellt.

Die Zweifel an der Diagnose Schizophrenie sind auf Grund des Untersuchungsergebnisses berechtigt und werden noch verstärkt,

wenn man bei Kenntnis der Persönlichkeit des G. den Zeitpunkt und die näheren Umstände des Ausbruchs der psychischen Veränderung berücksichtigte, so den Tod der Mutter, schlechte wirtschaftliche Verhältnisse, Ueberlastung vor dem Examen, dann noch den seelischen Druck in Bezug auf einen drohenden Skandal ehebrecherischer Art. In der Krankengeschichte selbst sind nur noch ganz wenige Anhaltspunkte für akkustische — und körperliche Sinnestäuschungen vorhanden; dagegen finden sich optische Sinnestäuschungen, die bei der Schizophrenie verhältnismäßig selten vorkommen. Wichtig ist auch, daß sein Bewußtsein zu Beginn der Erkrankung getrübt war. Wenn auch für eine reaktive Erscheinung die Dauer von 4 Monaten etwas lang erscheint, so wurden ausgesprochene Dämmerzustände von erheblich längerer Dauer beobachtet. Wenn man an „Manisch depr.-Irresein" denken muß — bei den Personenverkennungen, der z. T. gehobenen Stimmung, der Heilung ohne Defekt — so ist doch dem entgegenzuhalten, daß bei G. ganz ohne Zweifel eine Abhängigkeit von äußeren Erlebnissen bestanden hat.

Fall 8.

H. hatte eine Auseinandersetzung mit ihrer früheren Dienstherrschaft. Darüber hatte sich Patientin sehr aufgeregt, viel geweint und an nicht mehr Freude gehabt. Sie konnte 8 Monate lang ihren Dienst noch gut bei der Herrschaft versehen, jedoch war sie immer traurig und ohne jede innere Anteilnahme. Nach einer Predigt glaubte sie, sie hätte unwürdig kommuniziert. Es verschlimmerte sich ihre Gewissenslast; sie sagte, sie könne nicht mehr recht denken „da ihr die Gedanken verschwänden". Es wurde die Diagnose gestellt man. depr. Irresein (Schizophrenie?). — Bei der Untersuchung ließen sich keinerlei Symptome einer endogenen Geisteskrankheit, allerdings auch keine Symptome einer ausgesprochenen Psychopathie nachweisen. Weiter konnte auch kein psychischer Defekt, etwa der eines schizophrenen Defektes festgestellt werden.

Die Angst, die Leere, Interessenlosigkeit und das Wegnehmen der Gedanken sprechen wohl für einen schizophrenen Schub. Doch versteht Patientin einigermaßen glaubwürdig ihre damalige Erkrankung als reaktive Verstimmung hinzustellen. Um die Diagnose Schizophrenie oder bzw. man. depr. Irresein mit Sicherheit zu stellen, genügen die vorhandenen Symptome jedoch nicht. Bei dieser Patientin handelt es sich mit größter Wahrscheinlichkeit um einen reaktiven Verstimmungszustand.

Fall 9.

Frl. J. wurde im Alter von 26 Jahren in die Heil- und Pflegeanstalt in Kutzenberg verbracht wegen akuter Geistesstörung mit Selbstmordabsichten. Bei ihrer dortigen Aufnahme war sie motorisch sehr unruhig und ängstlich, gab auf Fragen keine Antwort, gab an, daß in der Familie außer eines entfernteren Verwandten, der in geistiger Umnachtung ins Wasser ging, nichts von Nervenkrankheiten bekannt gewesen sei. Sie wäre in einen jungen Menschen verliebt gewesen, dem sie vernachgefahren sei. Nach ihrer Rückkehr sei sie von bösen Menschen und von ihren eigenen Freundinnen verfolgt worden. Auf der Abteilung beschuldigte sie sich selbst, brachte religiöse Ideen vor und verkannte Personen. Nach 8 Tagen besserte sich ihr Zustand bedeutend, dazwischen litt sie unter starken Aufregungszuständen und zeigte zuweilen starres Verzücktsein. Nach 5 Monaten wurden sie nach Hause entlassen. In der Krankengeschichte war vermerkt, daß sie in einem recht guten Zustand gewesen sei, stets lebendig und munter und daß sie Krankheitseinsicht gezeigt hätte. Die Diagnose lautete: Schizophrenie. In hiesiger Untersuchung wurde festgestellt, daß die Patientin über den ersten Teil ihres Aufenthaltes in der Anstalt nur sehr schemenhaft berichten konnte, daß es sich um einen bewußtseinsgetrübten und traumhaften Zustand gehandelt haben mußte. Bemerkenswert war, daß nur optische Sinnestäuschungen ‹Personenverkennung› eine Rolle spielten, was ja nicht gerade für Schizophrenie spricht. Auffallend zu mindest war auch der Ausgang der Krankheit: keinerlei geistige Schwäche, keinerlei Abstumpfung des Gemüts und kein Verlust der Institative.

Die Persönlichkeit, wie sie in der hiesigen Untersuchung zur Geltung kam, ist durchaus darnach, daß man ihr eine nachhaltige psychopathische Reaktion auf ein sehr schmerzliches gemütvolles Erlebnis zutrauen kann. Von diesem Gesichtspunkt aus kann man die in der Krankengeschichte dargelegten Erscheinungen als einen reaktiven traumhaften Verstimmungszustand ansehen.

Fall 10.

Frl. K. stammte aus einer gesunden Familie. Mit 21½ Jahren gebar sie ein außereheliches Kind. Später heiratete sie ein Mann, der nicht der Vater des außerehelichen Kindes war. Ihr Mann und dessen Mutter erhoben wegen des vaterlosen Kindes gegen K. Vorwürfe, darüber regte sich die Patientin sehr stark auf. Die häus-

lichen Streitigkeiten nahmen allmählich üblere Formen an, wodurch eine Verbringung in die Psychiatrische Klinik notwendig wurde. In dortiger Klinik sei sie sehr freudlich und zugänglich gewesen, jedoch in ihrer Aufmerksamkeit deutlich gestört, habe Stimmen gehört, könnte jedoch nicht angeben, was jene sagten, litt auch unter Beziehungsideen. Die Sprache sei zuweilen etwas geziert und maniriert gewesen. Die Diagnose lautete: Schizophrenie. Als Grund ihrer Erkrankung gab sie Rohheit, Verständnislosigkeit und die sexuelle Ungebührlichkeit ihres Mannes an. Bei hiesiger Untersuchung bot Fr. K. keine Anhaltspunkte, daß sie unter Sinnestäuschungen, Wahnideen oder körperlichen Beeinflussungen litt, war auch nicht autistisch, jedoch etwas empfindsam und redselig.

Ein sehr wichtiges Ereignis in ihrer psychischen Entwicklung stellte die Geburt ihres außerehelichen Kindes dar; weiter war für K. der Umstand, daß der wirkliche Vater vor Gericht einen anderen Mann angab, der angeblich ebenfalls in der fraglichen Zeit mit ihr verkehrt habe, eine weitere psychische Belastung. Ihre Heirat bedeutete eine reine Versorgungsheirat. Im Anschluß an eine eheliche Prügelei stellte sich ein Erregungszustand mit Sinnestäuschungen ein, die die Aufnahme in die psychiatrische Klinik notwendig machten. Die akkustische Sinnestäuschungen, die sie in der psychiatrischen Klinik hatte, wurden durch das uneheliche Kind und das schlechte Familienleben ausgelöst. Sie stellten ein reaktives Gepräge dar. Ferner sprachen auch die optischen Sinnestäuschungen für eine reaktive Auslösung auf ihre häuslichen Verhältnisse. Die K. war während der Beobachtung nicht negativistisch, nicht autistisch und nicht ideenflüchtig. Sie konnte aus der Anstalt ohne besondere Anomalien wieder entlassen werden.

K. weicht sicher in ihrer psychischem Verfassung von der Norm ab, sie ist als eine erregbare labile Psychopathin anzusprechen, die wahrscheinlich eine reaktive Psychose durchmachte und sich immer noch nicht im seelischen Gleichgewicht befindet, da die reaktiven Momente ‹außereheliches Kind› noch keineswegs beseitigt sind.

Fall 11.

L. veränderte sich plötzlich in psychischer Hinsicht; die Untersuchung beim Bezirksarzt ergab folgenden Befund: „L. war bewegungsarm, ziemlich stumpf, gleichgültig, entschlußlos, verschlossen und wortkarg, äußerte kein Interesse an seinem künftigen Leben.

Diagnose: Dementia simplex, Form der Schizophrenie." Die Großmutter mütterlicherseits war wegen man. depr. Irresein in einer Heil- und Pflegeanstalt. Vom Bezirksarzt wurde Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt, dem sich L. sehr heftig widersetzte. Er wurde in hiesiger Klinik untersucht und beobachtet. L. gab an, daß seine Mutter nach dem Tode seines Vaters wieder geheiratet hätte. Aus dieser Ehe stamme ein Stiefbruder, der den Hof erben sollte, was seiner Meinung nach nicht richtig gewesen sei. Das Verhältnis mit seinem Stiefvater war denkbar schlecht. — Während hiesiger Beobachtung war L. klar und besonnen, sein Gedankengang nicht verlangsamt, er erfolgte in geordneter und logischer Weise. Zerfahrenheit und Ideenflucht konnten bei ihm nicht festgestellt werden. Die Stimmung war gleichmäßig und indifferent. Auf der Station lebte L. still und zurückgezogen, doch unterhielt er sich mit seiner Umgebung, wenn ihn jemand ansprach. Die Untersuchung ergab, daß er für einen jungen Menschen seines Alters auffallend ruhig war, besonders in gemütlicher Hinsicht, daß er manchmal etwas gedrückt und verstimmt, manchmal auch etwas stumpf erschien. Er bot aber andererseits keine deutlichen Zeichen einer psychischen Störung. Die Bauchbeschwerden, die L. seinem Arzt gegenüber äußerte waren vielleicht begründet in einer sommerlichen Darmerkrankung, die Beschwerden konnten auch hypochondrischer Art gewesen sein, wie sie besonders junge Menschen manchmal haben.

Es ist wohl möglich, daß es sich bei L. um einen schleichenden schizophrenen Prozeß handelt, doch haben weder die festgestellte Belastung noch die Vorgeschichte, noch auch die hiesige Untersuchung hinreichende Anhalts- oder gar Beweispunkte erbracht, daß bei L. eine Schizophrenie eindeutig vorliegt. Seine psychische Störung dürfte mit einiger Wahrscheinlichkeit auf seine hypochondrischen Beschwerden zurückzuführen sein.

Exogen bedingte Psychose.

Neben den Pubertätspsychosen und Psychopathien können auch exogen bedingte Psychosen differenzialdiagnostische Schwierigkeiten bereiten, so vor allem Psychosen, die nach Hirntraumen, Enzephalitis, Meningitis wie auch bei Paralysen und evtl. auch nach Intoxikationen auftreten.

Nach Schröder entwickeln sich psychogene Zustände bei Kopfverletzungen, nicht, wie man annehmen möchte, schwereren, sondern

geringeren Grades. Allerdings ist es in vielen Fällen so, daß durch das Trauma eine bisher nicht in Erscheinung tretende Psychopathie erst zur vollen Entfaltung kommt. Gerade von Seiten des zu Sterilisierenden, bzw. von dessen Angehörigen wird immer wieder der Versuch gemacht, irgend einem Unglücksfall die Schuld an der psychischen Veränderung ihres Angehörigen in die Schuhe zu schieben. Aus diesem Grund wird man jene Zustände nach Kopfverletzungen besonders kritisch beurteilen müssen. Die Dauer der Kommotionspsychosen liegt nach Bumke zwischen leichter Bewußtlosigkeit von einigen Minuten Dauer und amnestischen Syndromen von monatelanger Dauer. Bei Meningitiden kommen neben melancholisch-hypochondrischen Depressionszuständen, ähnlich wie bei Enzephalitis, deliröse Zustände vor. Hier ist nach Bleuler oft eine Unterscheidung von akuten Katatonie-Anfällen unmöglich, wenn nicht der Patient vorher einer genauen Liquoruntersuchung unterzogen worden ist. Auch die Paralysen können eine gewisse Aehnlichkeit mit schizophrener Krankheitserscheinung haben, vor allem weist Bumke darauf hin, wenn er sagt: „wo echte Hallucinationen vorkommen, erinnern sie in ihrer Gestaltung häufig an Schizophrenie." Es besteht auch weiterhin die Möglichkeit, daß der Verlauf der Paralyse durch die präpsychotische Persönlichkeit beeinflußt werden kann. Auch Kraepilin beschreibt Fälle von Paralysen, die kurze Zeit mit Gehör- und Sinnestäuschungen einhergehen und dadurch Krankheitsbilder entstehen lassen, die große Aehnlichkeit mit der Schizophrenie haben können.

In diese Abteilung fallen die folgenden 4 Gutachten:

Fall 1.

A. kam in die psychiatrische Klinik, nachdem er angeblich 3 Wochen vorher rückwärts vom Scheunenboden herabgestürzt war und eine geringfügige Beule am Kopf davongetragen hat. Er begann wirres Zeug zu reden, man mußte alle gefährlichen Werkzeuge wegzuräumen. A. ließ sich auf den Boden hinfallen und begann zu toben. Bei der dortigen klinischen Untersuchung war A. vollkommen desinteressiert und sein Ausdruck sehr traurig. Die Diagnose lautete auf Schizophrenie, er wurde nach 3 Monaten von seinem Vater wieder abgeholt. In einem Versicherungsgutachten wurde die Vermutung ausgesprochen, A. hätte überhaupt keinen Unfall erlitten, da er erst einige Tage nach dem angeblichen Unfall

vom Sturz gesprochen habe, zu einer Zeit, als er schon nicht mehr geistig normal gewesen sei. Von ärztlicher Seite wurde nach dem „Unfall" nichts objektiv Krankhaftes festgestellt. Da A. an einer endogenen Geisteskrankheit und zwar an Schizophrenie litt, wurde vom Bezirksarzt Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt. Dagegen legte er Beschwerde beim Erbgesundheitsamt ein und wurde hierauf in hiesiger Klinik 14 Tage untersucht und beobachtet. Er gab an, daß er sich eigentlich an gar nichts mehr erinnern könne, was nach dem Unfall passiert sei; er wüßte auch nicht, wielange er in der Klinik gewesen sei. —

In psychischer Hinsicht war A. während der Untersuchung klar und geordnet und in jeder Hinsicht im Bilde. Merkfähigkeit, Gedächtnis und Gedankengang wiesen keine Störung auf. Es kamen bei ihm keinerlei Erscheinungen zur Geltung, die als Defektzustand im Sinne einer Schizophrenie gedeutet werden konnten. Wenngleich der Unfall auch zweifelhaft war, so gestatten die Tatsachen jedoch nicht, einen solchen überhaupt auszuschließen. Wenn auch gewichtige Gründe für eine Schizophrenie sprechen, so ließ sich andererseits eine traumatische Psychose nicht ganz von der Hand weisen. Er war zeitweise bewußlos, ferner verkannte er Personen und war ratlos; offenbar befand er sich in einem traumhaften Zustand.

Die Erscheinungen, die A. bot, ergeben vorwiegend das Bild eines exogenen Zustandes. Unter dieser Annahme ließe sich immerhin das Fehlen eines jeden Defektzustandes zwanglos erklären. Wägt man schizophrenen Schub und traumatische Psychose ab, so erscheint erstere Annahme die wahrscheinlichere, vor allem, weil es dem Urteil der ihn seinerzeit behandelten Aerzte entspricht. Die Diagnose mit Sicherheit zu stellen, muß entschieden verneint werden.

Fall 2.

B. erlitt auf einem Truppenübungsplatz einen Hitzschlag, dem 2 Anfälle von Atemnot und Herzkrämpfen folgten. Darauf war er beim Militär eigensinnig, weinerlich und gleichgültig, sein Ideenkreis war äußerst eng und ärmlich. Nach 3 Jahren verschlimmerte sich sein Zustand, er fiel immer häufiger in Weinkrämpfe, Zucken und Verziehung der mimischen Muskulatur wurden beobachtet. Allgemein wurde er von der Bevölkerung als Narr bezeichnet. Der zuständige Amtsarzt stellte Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen

Schizophrenie. Im amtsärztlichen Gutachten war vermerkt, B. sei blutarm, psychisch traurig, weine unmotiviert, mache einen gedrückten, willensschwachen Eindruck, wäre in der Auffassung langsam und höre bisweilen Stimmen. Die Diagnose lautete: Schizophrenie (schizophrener Defektzustand). Dazu war vermerkt, der Antrag sei nur vorsorglich gestellt worden, denn eine einwandfreie Diagnose sei nicht möglich gewesen. Da B. sich mit der Unfruchtbarmachung nicht einverstanden erklärte, erfolgte die Untersuchung in hiesiger Klinik. Hier wurde festgestellt, daß eine organische Hirnerkrankung vorliegen müsse, welcher Art ließ sich bei der Kürze der Zeit nicht mit Sicherheit sagen.

Vielleicht handelt es sich um eine abgelaufene Hirnsyphilis auf Grund einer angeborenen Lues oder um eine alte Encephalitis. Dadurch wird auch die Entstehung des geistigen Schwächezustandes erklärt. Gegen das Vorliegen einer Schizophrenie sprechen das Fehlen von eigentlichen schizophrenen Störungen: keine schizophrene Verblödung, keine gemütliche Verödung, kein Autitmus, keine Verschrobenheit.

Fall 3.

C. erkrankte im Felde an Erscheinungen einer Geistesstörung charakterisiert durch lebhafte Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und ängstliche Erregungszustände. Gleichzeitig erkrankte er an Milz- und Leberleiden. Die Deutung dieses Falles konnte trotz mehrmonatiger Beobachtung nicht völlig geklärt werden, es wurde an eine syphilitische Erkrankung gedacht. Ein Jahr darauf wurde er in eine Heil- und Pflegeanstalt gebracht. Dort lautete die Diagnose: psychopathische Persönlichkeit mit paranoiden Zügen. In der Folgezeit wurde C oft untersucht, da er sich häufig verfolgt fühlte und glaubte, für einen Frauenmord in Serbien verantwortlich zu sein. Es wurde angenommen, daß er unter Gehörstäuschungen leide. 1934 kam er gelegentlich einer Untersuchung wieder auf seine alten Wahnideen. Der Arzt stellte die Diagnose paronoide Form der Schizophrenie, nachdem er vorher eine geistige Erkrankung auf syphilitischer Grundlage in Betracht gezogen hatte. Angeblich mußte C. wegen Gemeingefährlichkeit in eine Anstalt gebracht werden. Von der dem C. vorgesetzten Dienststelle wurde jedoch bescheinigt, daß er in der Ausübung seines Dienstes als Zollbeamter nicht we-

sentlich behindert sei. Dem Amtsarzt gegenüber erklärte er: „Seit dem Jahre 1916 lassen sie mich nicht mehr los, sie hören nicht auf zu funken, ich habe den Eindruck, daß ich auch von dieser Seite umgarnt werde." Während der dortigen Untersuchung war er sehr erregt. Die Diagnose des Bezirksarztes lautete Schizophrenie. Bei der hiesigen Untersuchung gab C. an, daß er immer mit Leber- und Milzleiden zu tun habe. An seine verschiedenen Wahnideen konnte er sich noch gut erinnern. C. war hier geordnet und besonnen. Irgendwelche Zeichen von Sinnestäuschungen, Wahnideen, verschrobenem Wesen, Steryotypien wurden nicht beobachtet. Bei der Organuntersuchung wurde ein großer Milztumor festgestellt, gleichzeitig fiel auch seine auffallend gelbliche Verfärbung auf. Die Diagnose der inneren medizinischen Klinik lautete: Chronische Milzerkrankung mit hämolytischem Ikterus und zeitweiligen Blutkrisen mit Fieberanfällen.

In den ersten über C. vorliegenden Krankengeschichten wurde wiederholt die Meinung einer syphilitischen Erkrankung des Zentralnervensystems und der Leber vertreten. Auch jetzt läßt sich eine syphilitische Folgeerkrankung nicht mit aller Sicherheit von der Hand weisen, gleichzeitig kommt noch die Möglichkeit einer sympomatischen Psychose bei hämolytischem Ikterus in Frage. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß bei C. manche gewichtige Gründe für das Bestehen einer exogenen psychischen Erkrankung bestehen, wahrscheinlich paralytischer Natur.

Fall 4.

D. befand sich wegen einer geistigen Störung in einer Anstalt in Regensburg, wo die Diagnose Schizophrenie gestellt wurde. Er glaubte, es würde beim Nachbarn brennen, hörte Stimmen, fühlte sich verfolgt und war wechselnd erregt und stuporös. Die Familie war, soweit dies festgestellt werden konnte, gesund. D. genas von seiner geistigen Störung, die bis heute sich nicht mehr wiederholte. In hiesiger Untersuchung gab er an, daß er wohl einsehe, daß er sehr krank gewesen sei, seine Nerven müßten wohl überreizt gewesen sein. D. war während der Untersuchung sehr geordnet, sein Gebaren einwandfrei und nicht auffällig. Nicht einmal als merkwürdig in irgend einer Beziehung konnte man ihn bezeichnen. Soweit die Krankengeschichte Aufschluß gab, handelte es sich um einen halluzinatorischen Erregungszustand mit einzelnen Wahnideen.

Man kann wohl an einen schizophrenen Schub denken, doch läßt sich eine exogene Psychose keineswegs mit Sicherheit ausschließen, zumal die Krankengeschichte keinen körperlichen Untersuchungsbefund enthält. Die Diagnose Schizophrenie läßt sich bei D. auf keinen Fall mit Sicherheit aufrechterhalten, auch sind keine Anhaltspunkte für eine sonstige Erbkrankheit vorhanden; es handelt sich mit größter Wahrscheinlichkeit um einen halluzinatorischen Erregungszustand.

Sinnesorganstörungen.

In die Differenzialdiagnose gehören auch psychische Veränderungen, die sich im Anschluß an Sinnesorganstörungen schwerer Art entwickeln. Hierher gehören besonders Seh- und Gehörorganstörungen. Nach Kraepelin kann durch hochgradige Schwerhörigkeit der Patient sich vereinsamt fühlen und der Zustand die Form eines Verfolgungswahnes annehmen. Er mißtraut harmlosen Erlebnissen mit einzelnen illusionären und halluzinatorischen Druckwahrnehmungen, hat Angst überall verspottet, gehänselt und feindselig behandelt zu werden. Neben wahnhaften Befürchtungen isr die Stimmung ängstlich gereizt. Auch nach Bumke traten echte Halluzinationen und leibhaftige Druckwahrnehmungen auf, ferner hört der Kranke Stimmen, die auf ihn eindringen und ihm Vorhaltungen machen, die sich zum Teil für und z. Teil gegen ihn auslassen. Auch Bleuler spricht von einer Beeinflussung der Psyche durch Schwäche der Sinnesorgane in ihrer Entwicklung und auch nachher.

Unter den Gutachten, die ich zu bearbeiten habe, sind 2 Fälle, die in diese Spalte gehören.

Fall 1.

Gegen A. wurde vom Bezirksarzt Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen Verdachts auf Schizophrenie gestellt. Im Bericht hieß es, daß die Lücken im Wissen nicht von vornherein die Berechtigung geben, die Untersuchte als schwachsinnig zu bezeichnen, dagegen erwecke die gemüliche Abstumpfung, der Verlust der Aktivität den Verdacht auf Schizophrenie. Zur Sicherung der Diagnose wurde A. in hiesiger Klinik untersucht und beobachtet. A. war vollig klar und besonnen, sowie örtlich und zeitlich gut orientiert. Die Merkfähigkeit und das Gedächtnis zeigten keine Störung. Sie machte bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck einer gewissen Stumpfheit, Unbeholfenheit und gewissen Aengstlichkeit. Patientin sah stets am

Arzt vorbei; bei genauer Prüfung erwies sich dieses Verhalten jedoch als Folge der hochgradigen Kurzsichtigkeit. Anzeichen von Sinnestäuschungen, Wahnideen, körperlichen Beeinflussungen, konnten nicht erkannt werden, sie war auch nicht autistisch und zerfahren. Auch der gemütliche Zustand konnte keineswegs im Sinne einer Schizophrenie gedeutet werden.

Die gemütliche Abstumfung und der Verlust an Aktivität sind bei der Patientin auf ihre hochgradige Kurzsichtigkeit zurückzuführen. Die Diagnose Schizophrenie kann mit Recht ausgeschlossen werden.

Fall 2.

B. klagte bei der Außenfürsorge der Heil- und Pflegeanstalt über Angstanfälle, die er im Jahre vorher über 3 Wochen lang gehabt hätte, auch während der Arbeit hätte er darunter gelitten. Durch die Großmutter mütterlicherseits war er mit Melancholie belastet, eine Großtante mütterlicherseits verübte Selbtmord. Es wurde die Diagnose Schizophrenie gestellt. Auf Grund einer Masernerkrankung sei B. in seiner Kindheit schwerhörig geworden. B. war bei der Untersuchung in hiesiger Klinik klar und besonnen, in jeder Hinsicht orientiert. Auffassung war durch seine Schwerhörigkeit etwas beeinträchtigt, jedoch zeigten Merkfähigkeit, Gedächtnis und Gedankenführung keinerlei Ausfälle.

Es ist sehr wohl möglich, daß B. durch Schwerhörigkeit mißtrauisch wurde und daß daraus sich seine Angstzustände entwickelten. Jedenfalls geben weder die vorhandenen Aufzeichnungen der Außenfürsorge, noch die jetzt bei B. erhobenen Befunde und Beobachtungen genügende Anhaltspunkte dafür, daß es sich um eine zur Schizophrenie gehörige Psychose handelt.

Manisch depressives Irresein.

Große Schwierigkeiten bereitet die Unterscheidung der Schizophrenie von manisch depressivem Irresein. Nach Kretschmer gibt es Uebergänge beider Krankheitserscheinungen ineinander, wobei bald die Erscheinungen der Schizophrenie, bald die des man. depr. Irreseins überwiegen. Er spricht dann von Ueberkreuzungen bzw. Legierungen. Auch Bleuler schließt sich im großen und ganzen dieser Anschauung an, nach ihm können alle manisch depressiven Symptome bei der Schizophrenie vorkommen, jedoch nicht umgekehrt, d. h. nicht die spezifisch schizophrenen Symtome bei manisch depr. Irresein.

Besonders schwer ist die Unterscheidung der Paranoiden- und Wahnsinnsformen; hier kann nur durch längere und gute Beobachtung der Verdacht auf Schizophrenie fallen gelassen werden. Die paranoiaähnlichen manisch-depressiven Fälle können von schizophrener Paranoia nur unterschieden werden durch Symptome und Verlauf bei dem ausgesprochenen man. depr. Typus. Kraepelin dagegen lehnt eine Kombination von manisch depressivem Irresein und Schizophrenie ab. Auch Bumke äußert sich dahingehend, „daß eine wirkliche Mischung zwischen Schizophrenie und den zirculären Formen . . . entweder gar nicht oder nur ganz ausnahmsweise vorkommt." Im folgenden Gutachten ist der Fall jedoch nicht so gelagert, daß an eine Kombination gedacht werden kann.

Fall 1.

A. wurde vom Bezirksarzt wegen Geistesstörung in die Heil- und Pflegeanstalt eingeliefert. Sie litt unter Wahnideen, glaubte, sie hätte ihre Eltern und ihre eigenen Kinder ins Grab gebracht. In der Anstalt traten Versündigungsideen auf. Nach 4 Monaten wurde sie als gebessert entlassen, die Diagnose lautete: Schizophrenie. Es wurde Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen Schizophrenie gestellt. A. wurde in hiesiger Klinik untersucht und beobachtet. Hier gab sie an, daß sie damals überlastet gewesen wäre, weil ihr Man krank gewesen und auf ihr die ganze Arbeit geruht hätte. Sie hätte in einem religiösen Buch gelesen und da seien die Wahnideen aufgetreten. Die Untersuchung ergab, daß A. völlig besonnen und orientiert war, die Gedankenverbindung war nicht gestört. Sie faßte rasch und sicher auf und beantwortete die Fragen rasch und richtig. Klangassoziationen spielten eine erhebliche Rolle. Das Verhalten war geordnet und unauffällig.

Die psychische Erkrankung ist das typische Bild einer agitierten Depression: sie äußerte Versündigungsideen, glaubte ihre Eltern und Kinder ins Grab gebracht zu haben, verkannte Personen, hielt eine alte Patientin für den lb. Gott, eine andere für den Teufel. Auch der hier erhobene Befund mit den hypomanischen Zügen spricht für man. depr. Irresein. Wohl können die körperlichen Erschöpfungszustände, Kummer und Sorgen eine psychische Stimmung bewirken, doch Wahnideen von solchem Ausmaß, die monatelang währten, haben ihren Grund in einer endogenen psychischen Störung. Die Diagnose Schizophrenie besteht zu Unrecht. Sie muß lauten: „manisch depressives Irresein."

Chronischer Alkoholismus.

Als letzte differenzialdialdiagnostische Erwägung kommt chronischer Alkoholismus in Frage. Nach Kraepelin gibt es zahlreiche Fälle, bei denen sich Krankheitsbilder nach unzweifelhafter alkoholischer Einleitung entwickeln, die große Aehnlichkeit mit schizophrenen Entzuständen haben. Ob hier eine Verbindung zwischen Alkoholismus und Schizophrenie besteht, oder ob jede Krankheit einen ähnlichen Ausgang hat, sei noch ungeklärt. Bumke glaubt nicht, daß die akute Alkoholhalluzinose ein bloßes durch den Alkohol hervorgerufenes Syndrom der Schizophrenie sei. Sie könne jedoch häufig der Beginn einer Schizophrenie sein. Die meisten Patienten, die an chronischen Alkoholismus leiden, sind zumindest psychopathische Persönlichkeiten; so konnte nach dem Kriege ein Ueberwiegen von Psychopathen bei Alkoholikern festgestellt werden. Auch beim folgenden Gutachten ist der Patient, der Alkoholist ist, ein ausgesprochener haltloser Psychopath.

Fall 1.

A. nahm als Kriegsfreiwilliger am Weltkrieg teil, kam jedoch nach äußerst anstrengendem Frontdienst vor Verdun wegen sehr nervösen, unruhigen Verhaltens und konfuser Ideen ins Lazarett. Trotz Verbots rauchte und trank er sehr viel. Die Diagnose lautete: Neurasthenie. In einem anderen Lazarett lautete die Diagnose: hochgradige nervöse Ueberreizung auf schwerer psychopathischer Grundlage und hysterischen Ueberlagerungen. Kurz vor Kriegsende wurde ein Gutachten erstattet, in dem A. als ein psychopathischer exzentrischer Charakter hingestellt wurde. In der Charite zu Berlin wurde bei einer Untersuchung 1927 Schizophrenie angenommen. 1928 wurde die Entmündigung wegen Geistesschwäche angeordnet. Ein Gutachten des Versorgungsamtes Kassel von 1929 äußerte lebhafte Bedenken sich der Diagnose Schizophrenie anzuschließen. Wahrscheinlich handelte es sich um Psychopathie mit querulatorischen Zügen. Die Diagnose des Landeshospitals Haina, wo A. wegen unmöglichen Auftretens eingeliefert wurde, lautete: Psychopathie mit manisch depressiven Zügen (Schizophrenie?) 1935 wurde vom Landgerichtsarzt ein Gutachten erstattet, in welchem die Ansicht vertreten wurde, daß bei A. eine Psychopathie mit hypomanisch-hysterischen Zügen und schizoider Reaktionsweise vorliege. 1937 stellte der Amtsarzt Antrag auf

Unfruchtbarmachung wegen manisch-depressiven Irreseins (Schizophrenie?). Auf seine Beschwerde hin wurde er in hiesiger Klinik untersucht und beobachtet. A. war klar und besonnen und in jeder Hinsicht orientiert, Anhaltspunkte für Sinnestäuschungen bestanden nicht, Merkfähig und Gedächtnis zeigten keine Schwächen, die Stimmung war im allgemeinen gut. Seine Darlegungen waren von affektivem Nachdruck getragen, manchmal führte er große Worte im Mund und war gelegentlich burschikos, aber durchaus frei und natürlich. A. war nach seinen eigenen Angaben nicht erheblich belastet, obwohl seine Schwestern den Freitod gewählt hatten. Er selbst war schon früh auffallend durch seine von Zeit zu Zeit stark hervortretende Betrunkenheit.

Wenn man A. betrachtete und sich mit ihm längere Zeit befaßte, mußte man sagen, daß es sich bei ihm unmöglich um einen schizophrenen Defekt handeln kann, auch die Diagnose: manisch-depressives Irresein kann nicht mit Sicherheit gestellt werden, da es trotz der dauernden Schwankungen des psychischen Verhaltens zu einem Schwächezustand gekommen ist. Dagegen steht einwandfrei fest, daß A. ein haltloser Psychopath mit Neigung zu Alkoholmißbrauch ist. Erfahrungsgemäß liegt auch dem alkoholsüchtigen und alkoholintoleranten Verhalten, wie es A. immer wieder geboten hat, in den meisten Fällen eine abwegige krankhafte Konstitution zu Grunde. Es ist nicht zweifelhaft, daß der Alkoholismus bei A. im wesentlichen nicht auf exogener, sondern auf endogener Grundlage beruht.

Zusammenfassung.

Es wurde über 23 Fälle berichtet, bei denen die Unfruchtbarmachung wegen Schizophrenie beantragt worden war. Die eingehende Untersuchung und Beschäftigung mit den Kranken zeigte jedoch, daß es sich

in 4 Fällen um Pubertätspsychosen,
in 11 Fällen um Psychopathien,
in 4 Fällen um exogene Psychosen (Trauma, Lues, Encephalitis),
in 2 Fällen um Sinnesorganstörungen,
in 1 Fall um manisch depressives Irresein und
in 1 Fall um chronischen Alkoholismus

handelte.

Dieser Reihe von Fehldiagnosen könnten andere gegenübergestellt werden, bei denen ursprünglich umgekehrt die übrigen 7 im

Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses angeführten Erbkrankheiten diagnostiziert wurden und bei denen es sich nach längerer Beobachtung herausstellte, daß in Wirklichkeit eine Schizophrenie vorlag.

Durch die Tatsache, daß erstens Fälle von Schizophrenie überhaupt unerkannt bleiben und zweitens diese Psychose plötzlich, ohne vorher in der Familie in Erscheinung getreten zu sein, aufzutreten vermag, sind dem Erfolg des Sterilisationsgesetzes Grenzen gezogen. Die Einführung des Sterilisationsgesetzes stellt uns vor die Aufgabe, unsere diagnostischen Möglichkeiten mit aller Tatkraft weiteraus zubauen und unsere Erkenntnisse und Erfahrungen über die Vererbung der im Gesetze angeführten Erbkrankheiten zu vertiefen und zu vervollständigen.

Literatur.

Bonhöffer: „Die Erbkrankheiten" klinische Vorträge im 2. erbbiologischen Kurs Berlin im März 1936.

Bumke: Lehrbuch der Geisteskrankheiten 1936.

Ewald: in ärztliche Rundschau vom 25. IV. 1931 „Ueber Frühsymptome der Schizophrenie.

Gütt A: Gesetz zur Unfruchtbarmachung erbkranken Nachwuchses vom 14. VII. 1933. Bearbeitet und erläutert von Dr. Gütt.

Hoche A. E.: Die Geisteskranken in der Dichtung 1934.

Kahn E.: Ueber die Kombination von Manischdepressiven Irresein und Schizophrenie 1926.

Koppe W.: Gesetzliche Unfruchtbarmachung 1934.

Kraepelin H.: Einführung in die Psychiatrische Klinik 1927.

Mayer J.: Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker 1927.

Meyer H.: Kompendium der Neurologie und Psychiatrie 1920.

Pietrusky F.: Gerichtliche Medizin 1938.

Pilcz A.: Lehrbuch der speziellen Psychiatrie 1926.

Schröder P.: Stimmung und Verstimmung 1930.

Schulhof Fr.: „Schizophrenie, Schizobulie" 1928.

Wanke G.: Jugendirresein 1919.

Lebenslauf.

Ich wurde am 18. VI. 1913 zu Fischbachau Obby. als Sohn des Postmeisters Anton Schwarzkopf und seiner Ehefrau Magdalena geb. Endres geboren. In Erlangen absolvierte ich das humanistische Gymnasium im Frühjahr 1933. An den Universitäten Erlangen, Freiburg und Hamburg studierte ich Medizin. Am 7. XI. 1938 beendete ich in Erlangen das medizinische Staatsexamen. Bis zum 1. IX. 1939 war ich als Medizinalpraktikant tätig. Am 1. IX. 1939 erhielt ich die ordnungsgemäße Approbation.